
Situación emocional que provoca el trato deshumanizado en el familiar del paciente hospitalizado en el hospital civil Fray Antonio Alcalde.

Autores: Janette Esparza Barba y Ana Isabel Hernandez Sosa.

Inicio: 29 septiembre 2012

Termino: 2-Diciembre-2012

El presente trabajo se realiza dentro de las instalaciones del hospital civil fray Antonio alcalde, dentro del cual se llevara un proceso de evaluación y diagnostico que girara en torno a la problemática del mal trato del personal de seguridad hacia los familiares de pacientes hospitalizados, manteniendo una hipótesis de una afectación directa en los procesos emocionales del familiar provocado por algún trato especifico brindado a los mismos, tomando en cuenta también que el proceso de hospitalización afecta a la dinámica de las relaciones familiares, lo que obliga a cambios funcionales de los roles habituales. El papel de los cuidadores y familiares adquiere toda su relevancia en la medida que satisfacen las necesidades del enfermo.

 Partiendo de lo anterior se pretende diagnosticar si el factor estresante se reduce únicamente a el mal trato de el personal de seguridad o si este es meramente un factor detonante del desequilibrio emocional que provoca el estrés en el cuidador.

Enunciado del problema: Se observa que los familiares del paciente hospitalizado llegan en un estado emocional alterado después de haber tenido un contacto con el personal de seguridad del hospital.

¿que situación emocional, genera el trato deshumanizado en el familiar hospitalizado?

Objetivo general:

- Identificar si el trato recibido por el personal de seguridad es la causa única de la alteración del familiar o si es solo el detonante de una serie de problemáticas previas.

Objetivos específicos:

-identificar cual es verdadera causa de la alteración emocional de los familiares hospitalizados.

-Discernir si la causa de la alteración es directamente provocada por el personal de seguridad.

JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los estudios de cuidadores familiares realizados dentro de las instituciones hospitalarias son escasos. Esta situación determina su invisibilidad y su no reconocimiento.

La importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todos tipos, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención.

Esta situación implica cambios en la vida familiar del enfermo y en la del cuidador primario, que puede ver afectada su salud física y psicológica, y su vida familiar y social lo que puede conducir al sufrimiento emocional y pérdida de la salud.

Por lo anterior se considera importante poner atención especial en los procesos de salud tanto fisica como emocional del cuidador.

categorías de análisis:

Estrés en el cuidador de un paciente hospitalizado.

Repercusiones que el diagnostico puedan afectar al familiar como persona.

Metodología: Investigación de tipo correlacional, no experimental. se aplicaran Entrevistas a familiares de pacientes hospitalizados.

MARCO DE REFERENCIA

Es importante que el familiar-cuidador sea consciente de sus propias emociones, para poder manejarlas de la mejor manera posible, preservando al paciente, a sí mismo y a sus otros familiares.

Algunas de las emociones, pensamientos y sentimientos que suelen experimentar los familiares y cuidadores son:

Negación: de la enfermedad y sus efectos en la persona que ha sido diagnosticada. Muchas veces los pacientes con demencia parecen estar perfectos en sus pensamientos, en el trato social, con lo cual resulta más difícil que familiares y amigos tomen conciencia de la enfermedad. Ejemplo: “ Yo sé que mamá va a mejorar”

Rabia/ Irritabilidad: que lleva a cambios de humor, y que desencadena respuestas o conductas negativas. Ejemplo: “ Déjenme sólo”

Autocompasión: El familiar siente que no le debió pasar esto y se ubica en un rol de víctima. Ejemplo: “¡Pobre de mí, no me merezco esto!”.

Ansiedad/Miedo: La incertidumbre frente a cómo evolucionará la enfermedad en el tiempo, qué cuidados necesitará, qué futuro le deparará, genera temor, inquietud y angustia. Ejemplo: “¿Qué pasará cuando él necesite más cuidados de los que yo le pueda dar?”

 Depresión: que comienza a quebrar su espíritu y disminuye su capacidad para enfrentar los problemas a medida que la enfermedad progresa. Ejemplo: “Ya no me importa nada más”

Agotamiento: se le hace prácticamente imposible completar las tareas cotidianas. Ejemplo: “ Estoy demasiado cansado para hacer otra cosa más”

Pena: Es la respuesta natural frente a una pérdida, de algún modo el familiar puede sentir que perdió a ese ser querido que si bien está, no es ni será el de antes.

Culpa: Es común el sentirse culpable de que el familiar haya enfermado, por sentirse incómodo por el comportamiento de la persona, por enojarse con ella, o por sentir que ya no puede continuar cuidándolo y piensa en una internación. Ejemplo: “Si hubiera estado más atenta y lo hubiera cuidado más, no hubiera enfermado”

Enojo: Puede estar dirigido a la persona, al médico o a la situación, dependiendo del momento y las circunstancias. Es importante tratar de distinguir el enojo con la enfermedad y el dirigido a la persona. A veces pueden surgir intenciones de lastimar a la persona enferma; en ese punto es fundamental buscar ayuda profesional.

Vergüenza: El familiar puede sentir vergüenza frente a una conducta inapropiada en público, frente a un episodio de incontinencia. Es importante poner al tanto a las otras personas de cuál es el problema. Ejemplo: “ No quiero salir con él a ningún lado “

Soledad: Muchos cuidadores terminan apartándose de la sociedad y se limitan a estar en casa con la persona enferma, generándose una mezcla de emociones. La soledad dificulta aún más sobrellevar los problemas e incrementa el estrés.Ejemplo: “Ya no me interesa reunirme con amigos, ellos no me comprenden”.

OBJETIVO DEL PROGRAMA

El objetivo del programa es brindarle a la persona un tratamiento que atienda las áreas que la enfermedad emocional de la adicción afecta, y lograr que la persona se reincorpore a la sociedad de una manera paulatina para lograr que sea efectiva.

METODOLOGÍA

-Evaluación y entrevista inicial.

-Atencion medica las 24 horas

 -Psicoterapia individual incluida la familia (se les brindara terapia a las familias 1 ves por semana y a la persona diariamente).

-Platicas grupales basadas en la terapia de 12 pasos 2 veces por semana.

-Psiquiatria en caso de ser necesario (la consulta se realizara solo con el consentimiento de la familia).

Modalidades de pago

Paquete 1 Costo: 550 Cubre alimento yarticulos de necesidad perdonales.

Paquete 2 Costo 300 No incluye alimentos.

ESTRATEGIAS

RECIBIR

Etapa en la que no se tiene intención de cambiar.

Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los pros de consumir superan a los contras.

RESPONER

Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso de cambio. consciencia de los pros de cambiar prestandose a refexion de superar a los contras.

VALORIZACIÓN

En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija un mes. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.

ORGANIZACIÓN

La persona realiza cambios notorios, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.

CARACTERIZACIÓN

Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al finalizar esta etapa -tras 6 meses de cambio efectivo-. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

MARCO CONCEPTUAL

Con el proposito de unificar significados de algunos terminos utilizados en el presente : estudio, a continnuacion se definen estos terminos:

Estres del cuidador:

El hecho de cuidar a una persona hace que tengamos que responder a una serie de exigencias, tareas, esfuerzos y tensiones derivadas de su cuidado, pudiendo llegar a repercutir, tanto en su propia persona como en las de su entorno, produciéndose algunos cambios en diferentes ámbitos ( familiar, laboral y social) de su vida cotidiana.

Duelo ante la perdida de la salud:

Ante la pérdida de la salud, se pasa por un duelo que etimológicamente (en el origen de la palabra) significa “dolor”. Es un proceso natural que la mente realiza desde que dicha pérdida se prevé y que concluye cuando uno se puede reintegrar a su vida cotidiana, asumiendo que lo perdido ya no está y que sólo está en el recuerdo. Aunque a este proceso se le suele relacionar con la pérdida de personas queridas, también puede ser una reacción ante la pérdida de la salud.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación sera de caracter cualitativo ya que su propositos es buscar y dar explicacion a las cuestiones del desequilibrio del estado emocional del cuidador del paciente hospitalizado aspecto que no puede ser cuantificable.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presenteinvestigacion es de tipo no experimental ya que solo ofresemos observaciones de los fenomenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo. en el cual tendremos un diseño correlacional, tipo de estudio descriptivo que tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos variables.

POBLACIÓN

La poblacion que sera sometida a objeto de investigacion estara constituida por una sala del hospital fray antonio alcalde, grupo formado por mas o menos 100 acompañantes.

MUESTRA

Para efectos de la recoleccion de informacion se tomara una mustra de 10 personas que cumplan con las caracteristicas ya establecidas.

FUENTES PARA LA OBTENCION DE INFORMACION

La informacion neesaria para alimentar la investigacion se obtendra directamente de este grupo previamente seleccionado.

El procedimiento que se llevara a cabo para la recolección de datos sera la aplicación de una breve encuesta.

BIBLIOGRAFIA

1. Isla P. El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la

familia. Cultura de los Cuidados. Revista de enfermería y humanidades 2000.

2. Twigg J. Cuidadores de los ancianos: Modelos para un análisis. En: Jamieson A. Comparación de políticas

europeas de atención a las personas ancianas. Barcelona.

Curriculum VITAE.

Ana Isabel Hernández Sosa.

Estudios:

Primaria: Colegio México Nuevo.

Secundaria: Universidad Azteca.

Preparatoria: UNE.

Idiomas: Ingles, español, Lectura de italiano.

Conocimiento básico en programas de office.

Otros: Practicas clínicas en centros de rehabilitación de adicciones así como terapia en el hospital civil viejo en el área de clínica del dolor dando asesoría a pacientes con enfermedades terminales y crónicas asi como a sus familiares de igual manera se ha brindado asesoría a empleados del hospital asi como médicos enfermeros y nutriólogos.

Talleres de superación personal a pacientes del área de oncología.

Asistencia y participación en talleres de tanatología en el hospital en el área de VIH.